

Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon

[Anxiety and Depression among Individuals with Chronic Disease who Refer to Primary Health Care Centers]

ÖZET

AMAÇ: Bu araştırma Erzincan il merkezindeki bir sağlık ocağına herhangi bir nedenle başvuran kronik hastalığa sahip bireylerin, depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmıştır. **YÖNTEM:** Tanımlayıcı ve kesitsel özellikte olan araştırmanın evrenini Erzincan il merkezinde bulunan 1 Nolu Sağlık Ocağı'na herhangi bir nedenle başvuran kronik hastalığı olan, tedavi gören bireyler oluşturmıştır. Örneklem seçimine gidilmemiş olup bu özelliklere sahip çalışmaya katılmaya gönüllü, iletişim kurulabilen, 18 yaş ve üzerindeki bireyler araştırma kapsamına alınmıştır (n=340). Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalığa ait bilgileri içeren soru formu ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

BULGULAR: Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Ölçeğinden aldıkları anksiyete puan ortalamaları 10,40±2,58, depresyon puan ortalamaları 9,47±2,41 olarak bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden alınan puanlar eşik altı ve eşik üstü olarak değerlendirildiğinde hastaların %51,2'sinin anksiyete alt ölçeğinden, %81,5'inin depresyon alt ölçeğinden eşik üstü puan aldıkları bulunmuştur. Yaş ve cinsiyetin anksiyete puan ortalamasını, yaş ve eğitim durumunun ise depresyon puan ortalamasını istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde etkilediği belirlenmiştir. Medeni durum, meslek, yerleşim yeri, gelir durumu, hastalık süresi, hastalık türü, ilaç kullanma ve diyetine uyma durumu ile anksiyete ve depresyon puan ortalaması, eğitim durumu ile anksiyete, cinsiyet ile depresyon puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu.

SONUÇ: Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun anksiyete ve depresyon yönünden risk altında olduğu söylenebilir.

SUMMARY

AIM: This research was performed to determine the depression and anxiety levels of individuals with chronic disease who presented to the primary health care center in central Erzincan for any reason.

METHOD: The population of this descriptive and cross-sectional study consisted of individuals with chronic disease who were on treatment and attended the primary health care center No. 1 in central Erzincan for any reason. No sampling was done and any individuals having the mentioned specifications who volunteered to participate, were able to communicate, and were at or above the age of 18 were included in the study (n=340). Data were collected using a questionnaire that contained identifier characteristics of patients and information relating to the disease prepared by the researchers and the Hospital Anxiety and Depression Scale.

RESULTS: Mean anxiety Hospital Anxiety and Depression Scale score of patients was found 10.40±2.58, while their mean depression score was 9.47±2.41. When the scores obtained from sub-scales of anxiety and depression were assessed as as sub-threshold or supra-threshold, it was found that 51.2% and 81.5% of the patients received supra-threshold scores, respectively. It was observed that age and gender had a statistically significant effect on the mean anxiety score, while age and level of education had such an impact on the mean depression score. Variables such as marital status, profession, place of residence, monthly income, duration of disease, type of disease, medication use, and dietary compliance did not show any statistically significant correlation with the mean scores of anxiety and depression. There was not any statistically significant relationship between the level of education and the mean score of anxiety. Also there was not any statistically significant relationship between the gender and the mean score of depression.

CONCLUSION: It may be concluded that a great majority of patients involved in this study are at risk for anxiety and depression.

**Rabia Hacıhasanoğlu¹,
Papatya Karakurt¹,
Arzu Yıldırım¹,
Seval Uslu²**

¹Erzincan Üniversitesi Sağlık
Yüksekokulu Erzincan,
²Atatürk Üniversitesi Sağlık
Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu, Erzurum.

Anahtar Kelimeler: Sağlık
Ocağı, Kronik Hastalık,
Anksiyete, Depresyon.

Key Words: Primary Health
Care Center, Chronic
Disease, Anxiety,
Depression.

Sorumlu yazar/

Corresponding author:

Rabia Hacıhasanoğlu
Erzincan Üniversitesi Sağlık
Yüksekokulu, 24100,
Erzincan, Türkiye.
rabia_hhoglu@hotmail.com

GİRİŞ

Dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde son 40-50 yıl içinde demografik anlamda gözlenen önemli bir değişim yaşlı nüfusun artması olmuştur. Bunun yanı sıra kronik hastalıkların oluşunda rolü olan çevresel

ve sosyal etmenlerin artması sonucunda bütün toplumlarda kronik hastalıklarda artışlar gözlenmiştir (1). Kronik hastalıklar hastanın organ fonksiyonlarını yerine getirmede kapasitesini tehdit eden, gözlenebilen, hissedilebilen değişikliklere neden olan uzun süreli, kendiliğinden geçmeyen ve genellikle

tam tedavi edilmeyen hastalıklar grubudur (2). Dünyada 2005 yılında meydana gelen 58 milyon ölümün 35 milyonu (%60) kronik hastalıklar nedeni ile olmuştur (1). Türkiye'deki kronik hastalıkların kaba ölüm hızlarına ve ölümlere baktığımızda 1935-40 yıllarında kaba ölüm hızı %031,4 iken bu oran 1998 yılında %006 olarak saptanmıştır (2).

Kronik hastalıklar uzun süreli hastalıklardır ve zaman içinde hastalarda çeşitli fonksiyonların kaybolmasına neden olurlar (1). Tıbbi hastalık varlığı birçok psikiyatrik bozukluğa da yol açmaktadır (3-5). Bedensel hastalıkla birlikte en sık bulunan psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyedir (6,7) ve bu iki bozukluk sıklıkla birlikte bulunmaktadır (8). Hastalıklar hem yaşam kalitesini düşürerek, hem de doğrudan biyolojik etkiyle depresyona neden olabilirler. Bazı hastalıklar da işlevsel kısıtlılığa neden olarak bireyleri depresyona itebilmektedir (9). Yapılan çalışmalarda kronik hastalığa sahip bireylerde, depresyon (10-14) ve anksiyete (11,12,15,16) görülme oranının kronik hastalığı olmayan bireylere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kronik hastalığa sahip bireylerde depresyon varlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (16,17,18).

Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir durumdur. Anksiyete çoğu zaman bilinç-dışı çatışmaya bağlı, nesnesi belli olmayan ve birey tarafından tanınamayan içsel tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan bunalıttır (19). Depresif olguların en az 3/4'ünde anksiyete görülür (20). Bedensel hastalığa eşlik eden depresyonun hastalığın seyrini etkileyebileceğinden tanınması ve tedavisi önemlidir. Depresyon hastanın meslek, aile ve sosyal ilişkilerinde yetersizliklere yol açmakta, yaşam kalitesini (21), tedaviye cevabı, prognozu, fiziksel hastalığın seyrini bozmakta (22), hastanede yatış süresini uzatmakta ve hastanın yeniden hastaneye yatma riskini artırmaktadır. Tıbbi hastalıklarla depresyonun birarada bulunması, tıbbi durumun belirtileri kadar depresyonun tanınmasında da güçlüklerle yol açmaktadır (21).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık ocaklarına başvuran hastalar genellikle ruhsal ve bilişsel semptomlarını inkar ederek, sadece somatik yakınmalarını dile getirirler. Bazı hastalar da hafif ya da spesifik olmayan depresif yakınmalarının olduğunu bildirirler (23). Çalışmalar, zamanında verilen psikososyal girişimlerin tıbbi hastalığı olan hastaların ruh sağlığını iyileştirdiğini, hastanede

kalma süresini ve sağlık hizmetlerini kullanma durumunu azalttığını göstermektedir (24). Sağlık bakım profesyonellerinden biri olan hemşirenin depresyonu olan bireylere yardım edebilmesi için öncelikle depresyonu tanıması ve bu konuda kendini geliştirmesi gerekmektedir. Kelleci ve Doğan'ın (25) çalışmasında hemşirelerin %47,5'inin hastaların depresif belirtilerinin farkında olmadığı, %90'ının depresyonu olan hastaya yardım edemediklerini ve %58,3'ünün buna neden olarak bilgi yetersizliği olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin depresif hastalara verdikleri destekleyici hemşirelik uygulamaları ile hastaların tedaviye uyumlarının arttığı ve yeti yitimlerinin azaldığı belirlenmiştir (26). Hemşirenin en öncelikli işlevi sağlığın korunması ve geliştirilmesi olup, bu işlevini bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmesi gerekmektedir (27).

Bu bilgiler ışığında bu çalışma sağlık ocağına başvuran kronik hastalığa sahip bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel özellikte olan bu araştırmanın evrenini Erzincan il merkezinde bulunan 1 Nolu Sağlık Ocağı'na Haziran-Eylül 2008 tarihleri arasında herhangi bir sebeple başvuran kronik hastalığa sahip 18 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup belirtilen özelliklere sahip çalışmaya katılmaya gönüllü, iletişim kurulabilen, bireyler araştırma kapsamına alınmıştır (n=340). Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalığa ait bilgileri içeren soru formu ve Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Soru formu; Hastanın tanıtıcı özelliklerini belirleyen (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yerleşim yeri, gelir durumu, hastalığa ait özellikleri içeren hastalık süresi, hastalık türü, ilaç kullanma ve diyetine uyma durumu) toplam 11 sorudan oluşmuştur.

Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği; Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş, Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olan ölçek anksiyete ve depresyon alt ölçeklerini içermektedir. Ölçek bir kendini bildirim ölçeğidir ve 7'si depresyon (çift sayılar), 7'si anksiyete (tek sayılar) belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden

oluşmaktadır. Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin amacı tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Başlığındaki hastane sözcüğüne karşın alanda ya da birinci basamakta yapılan araştırmalarda da bu ölçekten yararlanılabilir. ROC analizi sonucunda HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır (28).

Uygulama

Araştırmanın verileri veri toplama aracı olarak kullanılan soru formu ve Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği ile araştırmacılar tarafından Haziran-Eylül 2008 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Formların doldurulması ortalama olarak 10-15 dakika sürmüştür. Çalışmaya başlamadan önce ilgili kurumdan yazılı izin alınmıştır. Hastalara çalışmanın amacı ve yöntemi anlatılarak sözel onamları alınmış, hastaların gizlilik ilkesine saygı gösterilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde yüzdelik, ortalama hesapları, hastaların sosyo-demografik özellikleri ile anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis, varyans analizi (tek yönlü anova), bağımsız gruplarda t testi kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 11.0 kullanılarak yapılmış ve anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Hastaların %29,4'ünün 70 yaş ve üzerinde, %52,9'unun kadın, %79,4'ünün evli ve %43,5'inin okur yazar-ilkokul mezunu olduğu, %69,1'inin çalışmadığı, %58,2'sinin merkezde oturduğu, %57,4'ünün gelirinin giderine eşit olduğu, %39,7'sinin hastalık süresinin 1-5 yıl arasında olduğu, %40,3'ünün ise hipertansiyon hastalığına sahip olduğu, %53,5'inin düzenli ilaç kullandığı, %52,8'inin diyetine uyduğu saptanmıştır.

Yaş ve cinsiyetin anksiyete puan ortalamasını, yaş ve eğitim durumunun ise depresyon puan ortalamasını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği belirlenmiştir ($p < 0.05$, $p < 0.001$). Medeni durum, meslek, yerleşim yeri, gelir durumu, hastalık süresi, hastalık türü, düzenli ilaç kullanma ve önerilen diyetine uyma ile anksiyete ve depresyon puan ortalaması; eğitim durumu ile anksiyete, cinsiyet ile

depresyon puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Hastaların HAD Ölçeğinden aldıkları anksiyete puan ortalamaları $10,40 \pm 2,58$, depresyon puan ortalamaları $9,47 \pm 2,41$ olarak bulunmuştur. HAD Ölçeği'nin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden alınan puanlar eşik altı ve eşik üstü olarak değerlendirildiğinde, hastaların %51,2'sinin anksiyete alt ölçeğinden, %81,5'inin depresyon alt ölçeğinden eşik üstü puan aldıkları görülmektedir (Tablo 2).

TARTIŞMA

Yaşlılık depresyona yatkınlığı artırmakta, anksiyete ve depresyon belirtileri sıklıkla birlikte bulunmaktadır (20). Bu araştırma sonucuna göre yaş ilerledikçe hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının arttığı ve bu artışın özellikle 70 yaş ve üzeri hastalarda daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bahar ve arkadaşlarının (29) yaptığı çalışmada, yaş arttıkça hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının arttığı ancak bu artışın depresyon puan ortalamasında önemli olduğu belirlenmiştir. Munir ve arkadaşlarının (30) yaptığı çalışmada ise anksiyete ve depresyona sahip bireylerin büyük çoğunluğunun 20-49 yaş arasında olduğu bildirilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da yaş arttıkça hastaların depresyon puanlarının arttığı saptanmıştır (31-34).

Bu çalışmada, kadınların anksiyete puan ortalamasının erkeklere göre istatistiksel olarak önemli derecede fazla olduğu, depresyon puan ortalamasının da istatistiksel olarak önemli olmasa da erkeklerden fazla olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet, depresyon gelişiminde risk etkenlerinden birisidir. Kadın olmanın depresyonda temel bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada ortaya çıkmıştır. Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu kadını depresyona yatkın kılmaktadır (35). Bu çalışmadan elde ettiğimiz bu sonucu diyabetli hastalarla yapılan çalışma sonuçları da desteklemektedir (32,36). Yapılan diğer çalışmalarda da kadınların depresyon puan ortalamalarının erkeklerden daha fazla olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bildirilmiştir (34,37). Gilmour'un (38) çalışmasında da, kalp hastalığı riski depresyona sahip kadınlarda çok önemli iken erkeklerde önemli bulunmamıştır.

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HAD Ölçeği puan ortalamaları (n=340)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%	HAD-A Ort±SD	Test ve p	HAD-D Ort±SD	Test ve p
Yaş						
39 ve altı	20	5,9	9,45±2,41	KW =9.865	8.20±1.96	KW=11.07
40-49	52	15,3	9,75±2,51	p=0.043	9.13±1.99	p=0.026
50-59	78	22,9	10,51±2,47		9.38±2.30	
60-69	90	26,5	10,42±2,79		9.53±2.32	
70 ve üzeri	100	29,4	10,84±2,46		9.91±2.76	
Cinsiyet						
Kadın	180	52,9	10,67±2,48	t=2.069	9.71±2.44	t=1.954
Erkek	160	47,1	10,10±2,66	p=0.039	9.20±2.36	p=0.052
Medeni durum						
Evli	270	79,4	10,40±2,61	KW =0.064	9.44±2.46	KW =1.236
Bekar	7	2,1	10,28±1,79	p=0.968	8.71±1.49	p=0.539
Dul	63	18,5	10,44±2,55		9.66±2.30	
Eğitim durumu						
Okur yazar değil	136	40,0	10,47±2,65	KW=0.288	9.94±2.10	KW=19.024
Okur yazar-ilkokul	148	43,5	10,45±2,30	p=0.962	9.45±2.67	p=0.000
Ortaokul-lise	44	13,0	10,18±3,02		8.34±2.02	
Fakülte-yüksekokul	12	3,5	9,91±3,42		8.41±2.19	
Meslek						
Çalışıyor	105	30,9	10,48±2,52	t=0.380	9.30±2.40	t=-0.845
Çalışmıyor	235	69,1	10,37±2,61	p=0.704	9.54±2.42	p=0.399
Yerleşim yeri						
Merkez	198	58,2	10,39±2,59	F=0.247	9.39±2.25	F=0.439
İlçe	46	13,6	10,19±2,90	p=0.781	9.39±2.52	p=0.645
Kasaba-Köy	96	28,2	10,52±2,40		9.66±2.69	
Gelir Durumu						
Geliri giderinden az	120	35,2	10,46±2,73	KW=0.299	9.73±2.42	KW=1.701
Geliri giderine eşit	195	57,4	10,40±2,47	p=0.861	9.33±2.45	p=0.427
Geliri giderinden fazla	25	7,4	10,16±2,73		9.24±2.08	
Hastalık süresi						
1 yıldan az	40	11,8	9,70±3,09	F=1.194	8.90±2.32	F=1.574
1-5 yıl	135	39,7	10,43±2,29	p=0.312	9.41±2.22	p=0.195
6-10 yıl	88	25,9	10,51±2,54		9.44±2.59	
11 yıl ve üzeri	77	22,6	10,59±2,80		9.89±2.55	
Hastalık türü						
Hipertansiyon	137	40,3	10,31±2,40	KW=11.436	9.53±2.47	KW=6.828
Diabet	40	11,8	10,20±3,00	p=0.121	9.12±2.93	p=0.447
Hipertansiyon-Diabet	63	18,5	10,33±2,83		9.93±2.48	
Koah	32	9,4	9,68±2,84		9.21±1.86	
Osteoporoz-Artrit	15	4,4	10,40±2,52		9.66±2.43	
Böbrek Hastalıkları	6	1,8	10,50±1,76		9.83±3.37	
Kalp Hastalıkları	41	12,0	11,56±2,15		9.14±1.75	
Diğer Kronik Hastalıklar	6	1,8	10,50±1,37		8.16±1.83	
İlaç kullanma durumu						
Düzenli	182	53,5	10,28±2,66	t=-0.963	9.30±2.53	t=-1.335
Düzensiz	158	46,5	10,55±2,48	p=0.532	9.65±2.27	p=0.183
Diyete uyma durumu*						
Uyan	149	52,8	10,45±2,53	t=-0.451	9.36±2.46	t=-1.241
Uymayan	133	47,2	10,59±2,58	p=0.653	9.72±2.39	p=0.216

*Yüzdeler diyeti olan hastalar üzerinden alınmıştır.

Tablo 2. Hastaların anksiyete ve depresyon ölçeği puan ortalamaları

HAD	Sayı	%	Ort±SD	Puan aralığı
HAD-A			10,40±2,58	3 - 17
Eşik altı (0-10 puan)	166	48,8		
Eşik üstü (11-21puan)	174	51,2		
HAD-D			9,47±2,41	1 - 19
Eşik altı (0-7 puan)	63	18,5		
Eşik üstü (8-21puan)	277	81,5		

Dul olmanın depresyon üzerinde olumsuz etkisi olduğu bildirilmektedir (39). Bu çalışmada dul olan hastaların, evli ve bekar hastalara oranla depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. Zhang ve arkadaşlarının (40) yaptığı çalışmada, medeni durumun depresyon puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı, diğer çalışmalarda da medeni durumun anksiyete ve depresyon puanını anlamlı olacak şekilde etkilemediği belirlenmiştir (29,31,41). Güz ve arkadaşlarının (34) çalışmasında ise dul olmanın depresyon puan ortalamasını anlamlı olacak şekilde etkilediği, Bahar'ın (42) çalışmasında da dul olan hastaların anksiyete, depresyon puan ortalamalarının evli ve bekar olan hastalara göre daha yüksek olduğu, bu yüksekliğin anksiyete puan ortalamasını önemli derecede etkilediği, depresyon puan ortalamasını ise etkilemediği belirlenmiştir. Literatürde ve bazı çalışma sonuçlarına göre dul olmanın depresyon üzerinde olumsuz etkisi olduğu bildirilmesine karşın bu çalışma sonucu ve bazı çalışma sonuçları dul olmanın her zaman anksiyete ve depresyon üzerinde belirleyici bir faktör olmadığını düşündürmektedir.

Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça depresyon puan ortalamalarının azaldığı ve bu azalmanın depresyon puan ortalaması üzerinde önemli bir etki oluşturduğu, anksiyete puan ortalamasını önemli derecede etkilemediği belirlenmiştir. Depresyonun eğitim düzeyi düşük kişilerde daha fazla olduğu bildirilmiştir (39). Bahar ve arkadaşlarının (32) diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi düştükçe hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının arttığı ve artışın önemli olduğu bildirilmiştir. Hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışma sonucuna göre de okuryazar olmayan hastaların depresyon puan ortalamalarının anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu (43), fiziksel hastalığı olan yaşlılarla yapılan bir çalışmada da düşük eğitim düzeyinin depresyonda önemli olduğu bildirilmiştir

(34). Yapılan başka bir çalışma sonucuna göre eğitim düzeyi arttıkça hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının düştüğü ancak bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (31).

Hastaların çalışma durumlarının anksiyete ve depresyon puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da hastaların mesleklerinin anksiyete ve depresyon puanını anlamlı olacak şekilde etkilemediği belirlenmiştir (31,41). Hem Bahar'ın (42), hem de Bahar ve arkadaşlarının (29) çalışmalarında ise, hastaların mesleki durumlarının anksiyete puan ortalamasını önemli derecede etkilediği, depresyon puan ortalamasını ise etkilemediği saptanmıştır.

Bireylerin yerleşim yerlerinin anksiyete ve depresyon puan ortalamalarını anlamlı olacak şekilde etkilemediği belirlenmiştir. Çelik ve Acar'ın (41) çalışmasında da, yerleşim yerinin anksiyete ve depresyon puanını anlamlı olacak şekilde etkilemediği belirlenmiştir.

Geliri giderinden az olan hastaların geliri giderine eşit ve geliri giderinden daha fazla olan hastalara oranla anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir. Çelik ve Acar'ın (41), Bahar ve arkadaşlarının (29) çalışmasında da gelir durumunun anksiyete ve depresyon puanını anlamlı olacak şekilde etkilemediği, Bahar ve arkadaşlarının (32) çalışmasında ise gelir durumunun anksiyete puan ortalamasını önemli derecede etkilediği, depresyon puan ortalamasını ise etkilemediği belirlenmiştir. Soyuer ve Soyuer'in (33) kronik inme hastaları ile yaptığı çalışmada, gelir durumunun depresyonu olan ve olmayan hastalar üzerinde farklı bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır.

Hastalık süresinin uzaması ile hastaların depresyon ve anksiyete puan ortalamasının arttığı, ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç yapılan diğer

çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (29,31,32,42). Ayrıca yapılan bir çok çalışmada da hastalık süresinin depresyon puanını anlamlı olacak şekilde etkilemediği bildirilmiştir (33, 37, 40, 44).

Hastaların sahip olduğu hastalık türünün, anksiyete ve depresyon puan ortalamalarını anlamlı olacak şekilde etkilemediği saptanmıştır. Hastalık kişinin dengesini sarsar, yeni bir uyum gerektirir. Bu durum kişinin gelecek planlarına, günlük yaşamının akışına ne kadar engel oluyorsa o kadar ağır sorunlara neden olur (45). Bu doğrultuda çalışma grubundaki hastaların sahip olduğu hastalıklarının bireyleri anksiyete ve depresyon bakımından benzer ölçüde etkilediği sonucuna varılabilir. Zhang ve arkadaşlarının (40) yaptığı çalışma sonucuna göre de, hastaların sahip olduğu hastalık türünün depresyon puan ortalamasını anlamlı olacak şekilde etkilemediği belirlenmiştir.

Hastaların %53,5'inin düzenli, %46,5'inin düzensiz ilaç kullandığı, %82,9'unun uyması gereken bir diyetinin olduğu ve bunlar içinde %52,8'inin diyetine uyduğu, %47,2'sinin ise diyetine uymadığı belirlenmiştir. İlaç kullanma ve önerilen diyetle uyma durumunun anksiyete ve depresyon üzerinde etkisine baktığımızda, ilaçlarını düzenli kullanan ve önerilen diyetine uyan hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının, ilaçlarını düzenli kullanmayan ve diyetine uymayan hastalara göre daha düşük olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Kuyurtar'ın (46) çalışmasında hastanede yatan kronik hastalığa sahip hastaların %50'sinin ilaçlarını evde düzenli olarak kullandıkları belirlenmiştir. Hipertansif hastalarla yapılan çalışmalarda düzenli ilaç kullanma oranları sırası ile %29 ve %74,5 (47, 48) düzensiz kullanım ise %8 (48) ve %49 (47) olarak bildirilmiştir. Diyaliz hastaları ile yapılan bir çalışmada hastaların %59,4'ünün önerilen diyet programına, %89,1'inin önerilen ilaç tedavisine uyum sağladığı ve uyum sağlayan hastaların yaşam kalitelerinin uyum sağlamayan hastalara oranla daha iyi olduğu bildirilmiştir (49). Tedaviye uyumsuzluk, hastalığın tedavisi ve kontrolünü olumsuz yönde etkileyen en önemli faktörlerden biridir (50). Depresif hastaların tedavi için isteksiz olması tedavi sürecini olumsuz etkiler (21). Uyumsuzluk sonucu hastalığa ilişkin komplikasyonlar görülür ve hastanın durumu daha da ağırlaşır. Bunun sonucu olarak da depresyon kaçınılmaz olarak ortaya çıkar. Bu çalışmada önerilen tedaviye uyumun orta düzeyde olduğunu görmekteyiz. Bu sonuç bize, uyumsuzlukla ilgili olarak hastaların iyi takip edilmediklerini ya da hastalıklarının öneminin iyi anlatılıp anlaşılmadığını, tedavilerini doğru alamadıklarını ve sonuçta

kendilerini iyi veya kötü hissettiklerinde tedaviye devam etmediklerini düşündürmektedir.

Hastaların HAD Ölçeğinden aldıkları anksiyete puan ortalamaları $10,40 \pm 2,58$, depresyon puan ortalamaları $9,47 \pm 2,41$ olarak bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden alınan puanlar eşik altı ve eşik üstü olarak değerlendirildiğinde; hastaların %51,2'sinin anksiyete alt ölçeğinden, %81,5'inin depresyon alt ölçeğinden eşik üstü puan aldıkları bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun depresyon ve anksiyete düzeyleri yönünden risk altında olduğu söylenebilir. Literatüre baktığımızda bedensel hastalığı olanların %41'inde olmayanlara göre ruhsal hastalıklardan herhangi birini geçirme riski olduğu ve çoğu kişide de yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmanın depresyona neden olacağı bildirilmiştir (23). Diyabetli hastalarla yapılan çalışma sonuçlarına göre hastaların %21,1'i (36), %30,8'i (32), %49,6'sı (42) eşik üstü anksiyete puanına, %34,4'ü (36), %51,1'i (32), %67,7 (42) eşik üstü depresyon puanına sahip olduğu bildirilmiştir. Romatoid artritli hastalarla yapılan çalışma sonucuna göre hastaların %54'ünde depresyon, %38'inde anksiyete belirtileri belirlenmiştir (12). Pulmoner hipertansiyonlu hastalarla yapılan çalışmada hastaların %15,9'unda major depresif bozukluk, %6,7'sinde diğer depresif bozukluklar, %4,3'ünde diğer anksiyete bozuklukları ve %25,6'sında panik atak olduğu belirlenmiştir (51).

Wang ve arkadaşlarının (52) yaptığı çalışmada hastaların HAD-A puan ortalaması $6,16 \pm 3,86$ olarak, HAD-D puan ortalaması $6,43 \pm 4,12$, Kuijpers ve arkadaşlarının (53) çalışmasında HAD-A puan ortalaması $12,03 \pm 3,54$, HAD-D puan ortalaması $9,24 \pm 4,33$ olarak bulunmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucuna göre yaş ve cinsiyetin, anksiyete puan ortalamasını; yaş ve eğitim durumunun ise depresyon puan ortalamasını istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde etkilediği belirlenmiştir. Medeni durum, meslek, yerleşim yeri, gelir durumu, hastalık süresi, hastalık türü, ilaçlarını kullanma ve diyetine uyma durumunun anksiyete ve depresyon puanını; eğitim durumunun anksiyete, cinsiyetin ise depresyon puanını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemediği belirlenmiştir.

Sonuçlar doğrultusunda,

- Fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliği bozması ve hastalığa uyum ve iyileşme sürecine olumsuz etki etmesi nedeniyle özellikle yaşlı, kadın ve eğitim

düzeyi düşük olup bedensel hastalığı olan bireylerde sık görülen anksiyete ve depresyonun tanınması ve etkin tedavisinin sağlanması,

-Hastaların bütüncül olarak ele alınması, anksiyete ve depresyon açısından risk altında ve anksiyete ve depresyona sahip olan hastalara psikiyatrik destek sağlanması,

-Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalara anksiyete ve depresyon ile baş etmeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi, programlara hemşirelerin katılması, bilgilerin uygulamaya dökülmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Bilir N. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006; 25(3):1-6.
2. Fadiloğlu Ç. Kronik Hastalıklar. Fadiloğlu Ç, editör. II. Ege Dahili Tıp Günleri Kronik Hastalıklarda Bakım II. İzmir. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 2003, s. 1-34.
3. Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS, Fahs M, Lebovits A, Paddison PL et al. Cost Offset from a Psychiatric Consultation-liaison Intervention with Elderly Hip Fracture Patients. American Journal of Psychiatry. 1991; 148(8): 1044-1049.
4. Sim K, Rajasooriya C, Sin Fai Lam KN, Chew LS, Chan YH. High prevalence of psychiatric morbidity in a medical intensive care unit. Singapore Medical Journal. 2001; 42(11): 522-525.
5. Gagnon LM, Patten SB. Major depression and its association with long-term medical conditions. Canadian Journal of Psychiatry. 2002; 47(2): 149-152.
6. Özmen E, Aydemir Ö. Bedensel hastalığı olanlarda depresyon. Psikiyatri Bülteni. 1993; 2(2): 71-77.
7. Aydemir Ö, Bayraktar E. Genel tıpta anksiyete. PsychoMed. 1996; 2(3): 102-112.
8. Türkçapar H. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. Klinik Psikiyatri. 2004; Ek 4: 12-16.
9. Kılıçoğlu A. Yaşlılık Çağı Depresyonunun Risk Etkenleri ve Etiyolojisine Yönelik Bir Gözden Geçirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006; 7: 49-54.
10. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi. 2000; 11(1): 3-16.
11. Aydın N, Gürel D, Vural A, Vargel S. Bronşial Astım Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Varlığı. Türkiye Klinikleri Allerji-Astım. 2002; 4: 119-124.
12. Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoid Artritli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. Romatizma. 2004; 19(1): 7-13.
13. Hacıhasanoğlu R, Türkleş S. Depression and Affecting Factors in the Old at the Age of 65 and Over. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11(2): 55-60.
14. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Erzincan Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics. 2009; 12(1): 25-20.
15. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 6: 227-239.
16. Romao AP, Gorayeb R, Romao GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJ, Rosa-e-Silva JC. et al. High Levels of Anxiety and Depression have a Negative Effect on Quality of Life Women With Chronic Pelvic Pain. International Journal of Clinical Practice. 2009; 63(5): 707-711.
17. Beser GN, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003; 7(1): 47-58.
18. Soyuer F, Ünalın D, Öztürk A. Kronik Beyin Damar Hastalıklarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006; 13(3): 157-162.
19. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. Basım, Ankara. Feryal Matbaası, 2002.
20. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 2. Baskı. Ankara. Çizgi Tıp Yayınevi, 2001, s. 168-255.
21. Oğuzhanoglu KN. Tıbbi Durumlar ve Depresyon. Duygudurum Dizisi. 2001; 3: 116-125.
22. Özkan S. Genel Tıpta Depresyon. Hipokrat Dergisi. 2001; 10: 79-83.
23. Sertöz ÖÖ, Mete HE. Bedensel Hastalıklarda Depresyon. Klinik Psikiyatri. 2004; 7(Ek 2): 63-69.
24. Fulop G, Strain JJ. Diagnosis and Treatment of Psychiatric Disorders in Medically Ill Patients Hospital and Community. Psychiatry. 1991; 42(4): 389-394.
25. Kelleci M, Doğan S. Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001; 2(3): 161-168.
26. Demirkıran F, Terakye G. Depresif Hastalıkların İlaç Tedavisine Uyumluluğu ve Destekleyici Hemşirelik Uygulamalarının Uyum Düzeyine Etkisi. Kriz Dergisi. 2001; 9(2): 29-39.
27. Aksayan S, Gözüm S. Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması Ve Sürdürülmesinde Özetkililik Algısının Önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998; 2(1): 35- 42.

28. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997; 8(4): 280-287.
29. Bahar A, Savaş HA, Parlar S. Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yeni Symposium Journal*. 2009; 47(1): 9-15.
30. Munir F, Khan HTA, Yarker J, Halsam C, Long H, Bains M et al. Self-Management of Health – Behaviors Among Older and Younger Workers with Chronic Illness. *Patient Education and Counseling*. 2009; 77(1): 109-115.
31. Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Kanık A, Erdem P, Buturak V ve ark. Hastanede Yatan Tıbbi Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyodemografik Faktörlerin İlişkisi. *Yeni Symposium*. 2003; 41(3): 120-124.
32. Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006; 7: 18-26.
33. Soyuer F, Soyuer A. Kronik Dönem İnme Hastalarında Depresyon ve Fonksiyonel Sonuç Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007; 14(3): 167-170.
34. Güz H, Yaman MA, Dilbaz N. Fiziksel Hastalığı Olan Yaşlılarda Depresyon ve Diğer Psikiyatrik Belirtiler. *Psychiatry in Türkiye*. 2007; 9(1): 44-49.
35. Ünal S, Özcan E. Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000; 1(1): 41-47.
36. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiştirimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12(2): 89-98.
37. Yakar T, Baran A, Güngör S, Altınsoy B, Yalçınsoy M, Can G ve ark. Astımlı Hastalarda Beck Depresyon Ölçeğini Etkileyen Faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2007; 55(1): 11-17.
38. Gilmour by Heather. Depression and Risk of Heart Disease. *Depression Health Reports*. 2008; 19(3): 7-17.
39. Amuk T, Oğuzhanoğlu NK. Yaşlanma ve Depresyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003; 4: 113-121.
40. Zhang J, Ye M, Huang H, Li L, Yang A. Depression of Chronic Medical Inpatients in China. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2008; 22(1): 39-49.
41. Çelik HÇ, Acar T. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2007; 12(1): 23-27.
42. Bahar A. Diabetes Mellituslu Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006; 1(1): 3-16.
43. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. Sivas il merkezinde yaşayan hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Türkiye Klinikleri J. Nephrol*. 2008; 3(2): 56-63.
44. Dervişoğlu E, Kir HM, Kalender B, Eraldemir C, Çağlayan C. Depressive Symptoms and Proinflammatory Cytokine Levels in Chronic Renal Failure Patients. *Nephron Clin Pract*. 2008; 108(4): 272-277.
45. Mete HE. Kronik Hastalıklar ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2008; 11(Ek 3): 3-18.
46. Kuyurtar F. Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Yatan Kronik Hastaların Hastalığa ve Tedaviye Uyumlularının Değerlendirilmesi. *Hemşire Dergisi*. 1998; 48(1): 25-27.
47. Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, Dilek İ. Van İli Yöresindeki Hipertansif Hastaların Hipertansiyon Konusundaki Bilgi Düzeylerinin ve Tedaviye Uyumlularının Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*. 1999; 6(4): 11-14.
48. Çöl M, Özdemir O, Ocaktan ME. Park Sağlık Ocağı Bölgesindeki 35 Yaş Üstü Hipertansiflerde Tedavi-Kontrol Durumları ve Davranışsal Faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2006; 59: 144-150.
49. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009; 25(1): 87-100.
50. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009; 8(2) 167-172.
51. Löve B, Grafe K, Christiane U, Kroenke K, Grünig E, Herzog W et al. Anxiety and Depression in Patients with Pulmonary Hypertension. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66: 831-836.
52. Wang W, Lopez V, Martin RC. Structural Ambiguity of the Chinese Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients with Coronary Heart Disease. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2006; 4(6): 1-5.
53. Kuijpers PMJC, Denollet J, Lousberg R, Wellens HJJ, Crijns H, Honig A. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale for Use with Patients with Noncardiac Chest Pain. *Psychosomatics*. 2003; 44(4): 329-335.